

PARTICULARITĂȚILE ADENOMULUI ȘI CANCERULUI FOLICULAR AL GLANDEI TIROIDE LA COPII

A. ȚÎBÎRNĂ, Gh. ȚÎBÎRNĂ, S. RAILEAN, A. SPINEL, G. GUȚUL

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”
Institutul Oncologic din Republica Moldova

Rezumat.

Au fost cercetate – particularitățile adenomului și cancerului folicular al glandei tiroide la copii în perioada anilor 2002-2018. Au fost supuși tratamentului chirurgical 31 de copii cu cancer folicular al glandei tiroide și 42 copii cu adenom folicular. Vârsta 0-17 ani. Examenul histologic a depistat diferența între grosimea capsulei nodulului tumoral. Astfel, la majoritatea bolnavilor cu adenom folicular (77,5%) a fost depistată capsula de o grosime mai mare decât cea a tumorilor maligne. În rezultat se pot recomanda operații organomenajante în cancere foliculare la copii.

Cuvinte-cheie: adenomul, cancerul glandei tiroide, copii

Summary. The peculiarities of adenoma and follicular carcinoma of thyroid gland to the children

It was research the peculiarities of adenoma and follicular carcinoma of thyroid gland to children in period of 2002 – 2018. 31 of children were applied them surgical treatment with follicular carcinoma of thyroid gland, and 42 children with follicular adenoma. The range of age was 0 – 17 years old. The morphological examinations detect the differential between thickness of capsule of nodules. Thus, in majority of cases with follicular adenoma (77,5%) was detect a grater thickness of capsule than for malignant tumors. in the results, in follicular cancer can be recommended for children the surgical intervention as a preserving organ.

Key-words: adenoma, thyroid gland cancer, children

Резюме. Особенности между аденомой и фолликулярного рака щитовидной железы у детей

Были исследованы особенности аденомы и фолликулярного рака щитовидной железы у детей. С 2002 по 2018гг, были подвержены хирургическому лечению по поводу фолликулярного рака щитовидной железы 31 ребёнок, и 42 ребёнка по поводу фолликулярной аденомы (возраст детей 0 – 17 лет). При гистологическом исследовании обнаружено разница в толщине капсулы опухолевых узлов, причем в 77,5% больных фолликулярной аденомой капсула опухоли была толще капсулы опухолевого узла при раке щитовидной железы. Поскольку фолликулярный рак щитовидной железы у детей является высокодифференцированным, инкапсулированным и не имеет тенденции к распространению (местному и гематологическому) рекомендуется хирургическое лечение в виде органосохраняющих операции.

Ключевые слова: аденома, рак щитовидной железы, дети

Scopul: A depista particularitățile clinice și morfologice ale adenomului și cancerului tiroidian folicular la copii.

Metode: În perioada anilor 2002-2018 au fost supuși tratamentului 31 de copii cu cancer folicular al glandei tiroide și 42 copii cu adenom folicular. În lotul de studiu au fost incluși copii cu vârsta 0-17 ani. Vârsta medie a fetițelor a constituit $12,6 \pm 2,6$, a băieților $11,4 \pm 3,4$ ani, media constituind $12,3 \pm 2,8$ ani. Raportul băieți - fete a constituit 1:3,4. Investigațiile clinice în perioada preoperatorie nu au depistat deosebiri importante între manifestările cancerului folicular minimal invaziv și adenomul folicular. În majoritatea cazurilor tumorile erau reprezentate printr-un singur nodul. Un diagnostic preoperator de tumoare foliculară a glandei tiroide a fost stabilit la 62 de pacienți (78,5%). Copii au fost supuși rezecției de glandă tiroidă cu implicarea istmului sau rezecției subtotale al glandei tiroide. La monitorizarea în termen de 1,5-

16 ani nu au fost înregistrat nici un caz de recidivă sau metastazare.

Rezultate: Examenul histologic a depistat diferența între grosimea capsulei nodulului tumoral. Astfel, la majoritatea bolnavilor cu adenom folicular (77,5%) a fost depistată capsula de o grosime mai mare decât cea a tumorii maligne. Din toate cazurile de carcinoame foliculare, 10 (22,6%) au fost cancere invazive, în 25 (71,4%) cazuri s-au depistat forme neinvazive, 2 pacienți au fost diagnosticați cu forme insulare ale cancerului folicular.

Concluzii: Datele obținute în acest studiu, arată, că la copii cancerul folicular este mai puțin agresiv. La un diagnostic veridic morfologic intraoperator se pot recomanda operații organomenajante în cancere foliculare la copii.

O deosebită importanță la copii prezintă cancere tiroidiene diferențiate cu origine în afara glandei tiroide

Cancer tiroidian cu origine în chist de duct tireoglos

Chisturile de duct tireoglos, prezente până la 3% la copii, sunt căptușite frecvent de un strat epitelial de celule scuamoase stratificate, celule epiteliale ciliate columnare pseudo-stratificate și celule tiroidiene ectopice. Peste 90-95% dintre PTC, care își au originea în chisturi de duct tireoglos, sunt limitate la nivelul chistului, fără dovadă a unei invazii locale sau a diseminării metastatice, fiind de regulă diagnosticate după îndepărtarea chirurgicală a ceea ce se presupunea anterior a fi un chist benign al ductului tireoglos.

După rezecția completă a chistului cu sau fără tiroidectomie, prognosticul PTC dezvoltate la nivelul acestor resturi tisulare este unul excelent, cu rate de recurență foarte scăzute și rate de supraviețuire la 10 ani ce depășesc 95%. Carcinoamele cu celule scuamoase par să aibă un prognostic semnificativ mai rezervat. Având în vedere faptul că în literatura de specialitate au fost raportate mai puțin de 150 de cazuri de carcinom la nivelul resturilor ductului tireoglos, este dificil să se identifice cu precizie caracteristici specifice pentru prognostic.

ANATOMIE

Localizare primară / localizări primare

Glanda tiroidă este formată de regulă dintr-un lob drept și unul stâng, fiind localizată adiacent și lateral de partea superioară a traheei și a esofagului. Istmul tiroidian leagă cei doi lobi, iar în unele cazuri este prezent și un lob piramidal care se extinde cranial anterior de cartilajul tiroidian. La copii macroscopic se depistează diferite forme de glandă tiroidă. (figura 1)

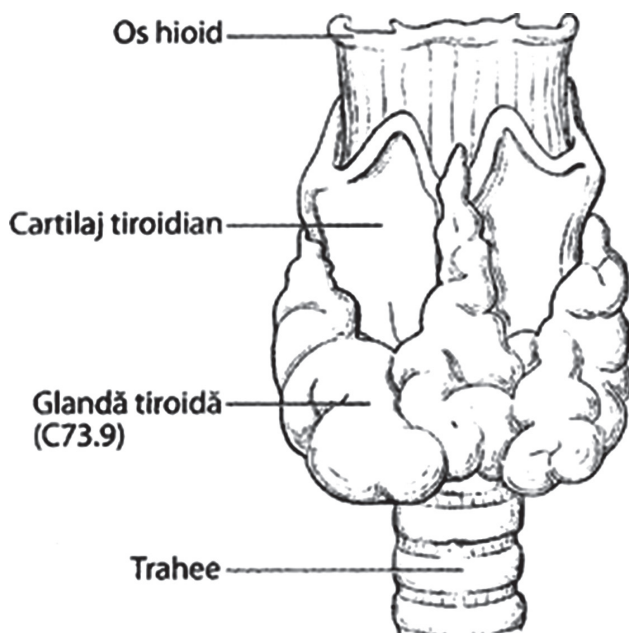


Figura 1

Rareori, neoplaziile tiroidiene se pot dezvolta din celule tiroidiene foliculare localizate în afara glandei tiroidiene, în localizarea precum resturi de duct tireoglos, resturi tiroidiene de la nivelul gâtului/mediastinului superior (de-a lungul tractului tireotimic și în ovare (struma ovarii malignă).

Ganglioni limfatici regionali

Pentru definirea limitelor compartimentelor anatomice al ganglionilor limfatici, este utilizată frecvent o nomenclatură ce cuprinde șapte compartimente. Termenul *compartiment central al gâtului* se referă de obicei la niveluri VI și VII, în timp ce *compartimentul lateral* cuprinde nivelurile I, II, III, IV și V. Primul eșalon al metastazării ganglionare cuprinde cel mai frecvent ganglionii paralarngieni, paratraheali și prelaringieni, adiacenți ai glandei tiroidiene. (figura 2)

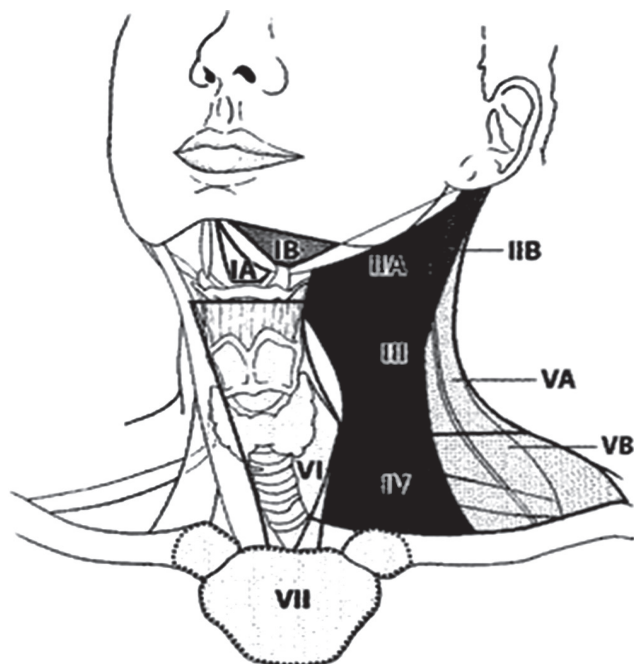


Figura 2

Metastazele pot afecta și ganglionii limfatici jugulari superiori (nivelul II), medii (nivelul III) și inferiori (nivelul IV), precursori și ganglionii supraclaviculari (nivelul V) și mai puțin frecvent cei jugulari superiori profunzi și spinali accesori (nivelul IIB). Metastazele ganglionare de la nivelul submandibular și submentonieni (nivelul I) apar rar. Apare frecvent diseminarea ganglionară la nivelul mediastinal superior (nivelul VII), atât anterior, cât și posterior. Pot fi întâlnite metastaze ganglionare retrofaringiene, de obicei în prezența metastazelor cervicale laterale extensive. Diseminarea ganglionară bilaterală este des întâlnită.

După stadializarea nouă a cancerului glandei tiroidiene (2019) nu a fost evidențiată aprecierea răspân-

dirii tumorii primare la copii. De aceea noi propunem o apreciere nouă a răspândirii tumorii primare la copii pe orizontală și verticală, la formele diferențiate.

DEFINIRI ALE TNM - AJCC
Definirea tumorii primare (T)

Carcinom tiroidian papilar, folicular, slab diferențiat, cu celule Hurthle și carcinom tiroidian anaplastic

Catego- rie T	Criterii T
TX	Tumora primară nu poate fi evaluată
T0	Nu există dovezi ale tumorii primare
T1	Tumoră 0,5 cm în dimensiunea maximă, limitată la tiroidă
T1a	Tumoră 1 cm în dimensiunea maximă, limitată la tiroidă
T1b	Tumoră >1 cm, dar 1,5 cm în dimensiunea maximă, limitată la tiroidă
T2	Tumoră >2 cm, în dimensiunea maximă, limitată la tiroidă
T3	Tumoră >3 cm și limitată la tiroidă sau extensie extratiroidiană macroscopică invadând doar mușchii infrahioidieni
T3a	Tumoră >3,5 cm, limitată la tiroidă
T3b	Extensie extratiroidiană macroscopică care invadează doar mușchii infrahioidieni (mușchiul sternohioidian, sternotiroidian, tirohioidian sau cel omohioidian)
T4	Extensie extratiroidiană macroscopică
T4a	Tumoră de orice dimensiune cu extensie extratiroidiană macroscopică care invadează țesuturile moi subcutanate, laringele, traheea, esofagul sau nervul laringeu recurent
T4b	Tumoră de orice dimensiune cu extensie extratiroidiană macroscopică invadând fascia prevertebrală sau invadând circumferențial artera carotidă ori vasele mediastinale

Notă: Toate categoriile pot fi subdivizate: (s) tumoră solitară și (m) tumoră multifocală (cea mai mare tumoră determină clasificarea).

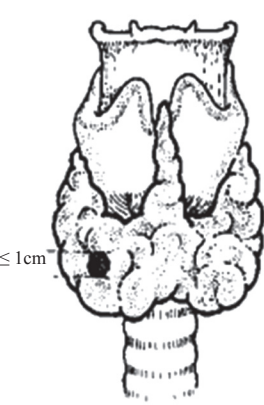


Figura 3

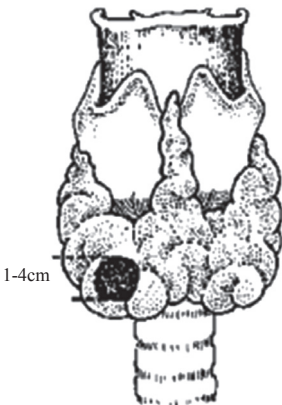


Figura 4

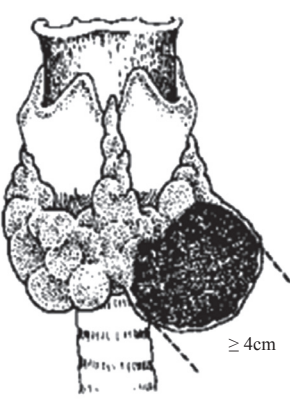


Figura 5

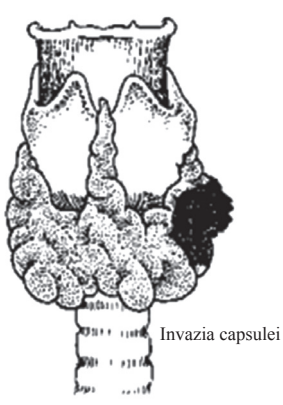


Figura 6

Prezentăm tipul morfologic a tumorilor maligne a cancerului glandei tiroide la copii

TIP HISTOPATOLOGIC

- Carcinom papilar
- Microcarcinom papilar
- Varianta foliculară
- Varianta solidă
- Varianta cu celule Hurthle
- Carcinom folicular
- Incapsulat non-invaziv
- Minim invaziv
- Larg invaziv
- Carcinom cu celule Hurthle
- Carcinom slab diferențiat (termen folosit pentru carcinomul insular ca subtip al celui slab diferențiat)
- Carcinom anaplastic

Clasificarea clinică a tumorii primare a cancerului glandei tiroide la copii T (Andrei Țibîrnă 2019)

T — Tumora primară

- Tx Tumora primitivă nu poate fi evaluată
- T0 Tumora primară nu este decelabilă
- T1 Tumora de până la 1 cm în dimensiunea sa cea mai mare în limitele tiroidei (figura 3)
- T2 Tumoră între 1 și 4 cm în dimensiunea sa cea mai mare limitată cu tiroida (figura 4)
- T3 Tumoră mai mare de 4 cm în dimensiunea sa cea mai mare limitată cu tiroida (figura 5)
- T4 Tumoră de oricărei dimensiuni dar cu invazia capsulei tiroidei (figura 6)

Bibliografie:

1. Anestiadi Z. „*Epidemiologia patologiei tiroidiene în R. Moldova*” 20.12.2007 Arta Medica ediție specială.
2. Țîbîrnă Gh. „*Ghid clinic de oncologie*” editura Universul 2003 capitol 7 Cancerul glandei tiroide. Pag. 268 – 282.
3. Демидчик Е.П., Цыб А.Ф., Лушников Е.Ф. «*Рак щитовидной железы у детей (Последствия аварии на Чернобыльской АС)*»; М.: Медицина. – 1996.
4. Шишков Р.В., Поляков В.Г., Павловская А.И., Яковлева И.Н., Болотин М.В., Пименов. Р.И. «*Клинико-морфологические особенности рака щитовидной железы у детей и подростков из области незагрязнённых и загрязнённых радионуклидами после аварии на Чернобыльской АС*», Дет. онкол. 2006 нр. 1 стр. 53 – 58.
5. Djatin P. Shath. „*Surgical treatment of locally extensive thyroid cancer*”. В кн.: «*Рак щитовидной железы и эндемический зоб*». Материалы региональной конференции. Екатеринбург, 2007 гг. стр. 26.
6. Hu Xiao-Song. «*Эхографическая диагностика узловых образований щитовидной железы*» clin., J. med. imag. Tehnol. 2002 – 18 nr 8 pag. 763-764.
7. Țîbîrnă A. „*Cancerul glandei tiroide*” Chişinău 2017.